



INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL PACJENTA

ADRES

TELEFON KONTAKTOWY

- Czy dziecko czuje się ogólnie zdrowo? TAK NIE
- Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczyło się? TAK NIE
- Jeśli tak to z jakiego powodu:
- Czy aktualnie się na coś leczy? TAK NIE
- Jeśli tak to na co:
- Czy przyjmuje jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK NIE
- Jeśli tak to jakie:
- Czy jest na coś uczulone? TAK NIE
- Jeśli tak to na co:
- Czy występują u dziecka:
- | | | | | | |
|-----------|------------------------------|------------------------------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| duszność | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | obrzęki | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| pokrzywka | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | swędzenie | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
- Czy ma skłonność do krwawień? TAK NIE
- Czy miał epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE
- Czy choruje lub chorowało na którąś z następujących chorób?
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| choroby serca (wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, inne) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| choroby naczyń krwionośnych (naczyniaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, inne) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| choroby wątroby (żółtaczka, inne) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| choroby oczu (jaskra) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| zmiany nastroju (depresja, nerwica) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |



INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

choroby zakaźne

żółtaczką zakaźną A

żółtaczką zakaźną B

TAK NIE

TAK NIE

żółtaczką zakaźną C

gruźlica

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

choroba reumatyczna

TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

.....

.....

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy było już kiedyś operowane?

TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniosło znieczulenie?

TAK NIE

Czy miało przetaczaną krew

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

TAK NIE

Czy zażywa środki uspakajające, nasenne?

TAK NIE

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, Imię i Nazwisko: nr PESEL

zamieszkały/a:, będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta:

Imię i Nazwisko: nr PESEL

oświadczam, że upoważniam*) Pana/-ią, zamieszkałego/a

/nie upoważniam nikogo innego*) do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskiwania

odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w
Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie

*)niepotrzebne skreślić

UWAGA: Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w poradni

DATA

MIEJSCOWOŚĆ

CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO



Dane adresowe:

Dąbrowa Górnicza - Ząbkowice

ul. Dworcowa 9

tel. 32 268 66 44

kontakt@duodent.clinic

Godziny otwarcia:

Pon. - piątek: 8:00 - 20:00

Sobota: 8:00 - 14:00

Niedziela: nieczynne